

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1879

THÈSE

N° 443

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 août 1879, à 1 heure.

PAR ÉMILE LEBON

Né à Hautmont (Nord), le 30 avril 1852,



DES

Fistules de la Parotide et du canal de Sténon

Président : M. TRÉLAT, professeur.

Juges : MM. ROBIN, professeur
TERRIER, MONOD, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1879

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. VULPIAN.

Professeurs..... MM.

Anatomie.	SAPPEY.
Physiologie.	BECLARD.
Physique médicale.	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	JACCOUD.
	PETER.
Pathologie chirurgicale	TRELAT.
	GUYON.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie.	ROBIN.
Opérations et appareils.	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	BOUCHARDAT
Médecine légale	BROUARD.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULEBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	VULPIAN.
	SEE (G.).
Clinique médicale.	LASEGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des mala- dies de l'encéphale.	BALL.
	RICHE.
Clinique chirurgicale	GOSSELIN.
	BROCA.
	VERNEUIL.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements.	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. BOULLAUD, le Baron J. CLOQUET et DUMAS,

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	DELENS.	HENNINGER.	POZZI.
BERGER.	DIEULAFOY.	HUMBERT.	RENDU.
BERGERON.	DUGUET.	DE LANNESAN.	RICHE.
BOUCHARDAT.	DUVAL.	LANCEREAUX.	RICHELOT
BOURGAIN.	FARABEUF.	LEGROUX.	RIGAL.
CADIAT.	FERNET.	MARCHAND.	STRAUS.
CHANTREUIL.	GAY.	MONOD.	TERRIER.
CHARPENTIER.	GRANCHER.	OLLIVIER.	TERRILLON.
DEBOVE.	HALLOPEAU.	PINARD.	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau.	MM. N.
— des maladies des enfants.	N.
— d'ophthalmologie	N.
— des maladies des voies urinaires.	N.
— des maladies syphilitiques.	N.
Chef des travaux anatomiques.	FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR U. TRÉLAT

Professeur de pathologie externe à la Faculté de Paris,
Chirurgien de la Charité,
Officier de la Légion d'honneur, etc.

DES
FISTULES DE LA PAROTIDE
ET
DU CANAL DE STÉNON

INTRODUCTION.

Si, comme le disent la plupart des traités de pathologie externe, les fistules de la parotide s'oblitérent souvent d'elles-mêmes, il est parfois des cas où leur guérison est difficile ; c'est ce que j'ai pu voir sur le malade que j'ai observé, et chez qui il a fallu employer plusieurs traitements différents avant d'arriver à un bon résultat.

Aussi ai-je cru qu'il y aurait un certain intérêt à étudier ces fistules de la parotide ainsi que celles du canal de Sténon, et à faire ressortir les avantages de quelques-uns des traitements employés contre ces lésions.

C'est ce but que je me suis proposé dans ma thèse.

J'ai d'abord décrit l'anatomie de la région parotidienne

et du canal de Sténon, j'ai ensuite étudié les fistules de la parotide, puis celles de son canal excréteur, et enfin j'ai fini par mes conclusions.

ANATOMIE.

La parotide, la plus volumineuse de toutes les glandes salivaires est située dans l'excavation anguleuse comprise entre la branche de la mâchoire et la partie inférieure du temporal.

Son poids moyen est de 25 à 28 grammes.

Sa forme très-irrégulière, car elle se moule sur les parois anfractueuses de la région qu'elle occupe, est celle d'un prisme triangulaire.

Cette glande nous offre donc à considérer trois faces, trois bords et deux extrémités.

Des trois faces, l'une est externe, l'autre antérieure, la troisième postérieure.

La face externe ou cutanée, beaucoup plus étendue que les deux autres, se prolonge dans le sens vertical depuis le tubercule de l'apophyse zygomatique jusqu'à 1 ou 2 centimètres au-dessous de l'angle de la mâchoire et dans le sens antéro-postérieur depuis la partie moyenne du masséter jusqu'à l'apophyse mastoïde.

Plane ou légèrement convexe, cette face est recouverte :

1° Par une lame fibreuse qui envoie dans l'épaisseur de la glande des prolongements et qui se continue en

avant avec l'aponévrose massétérine, en bas et en arrière avec l'aponévrose cervicale ; 2° par une couche celluleuse ou cellulo-graisseuse, assez épaisse chez l'enfant, mais plus mince et plus dense chez l'adulte ; 3° par le risorius de Santorini dans son tiers inférieur ; 4° enfin, par la peau (Sappey).

La face antérieure est en rapport avec le bord postérieur de la branche du maxillaire qu'elle embrasse à la manière d'une gouttière, avec les deux muscles pterygoïdiens et entre ces muscles et la mâchoire se trouve un espace où l'on rencontre souvent un prolongement de la glande.

La face postérieure est en rapport avec l'apophyse mastoïde, le bord antérieur du sterno-mastoïdien, la portion cartilagineuse et la portion osseuse du conduit auditif externe, le ventre postérieur du digastrique, l'apophyse styloïde, les muscles styliens, la masse latérale de l'atlas, la veine jugulaire interne, l'artère carotidienne interne, les nerfs hypoglosse, glosso-pharyngien, spinal, pneumo-gastrique et grand sympathique.

Le bord antérieur empiète sur le masséter qu'il recouvre tantôt au tiers, tantôt à moitié et quelquefois au trois quarts.

Le bord postérieur correspond au sterno-mastoïdien, le bord interne s'enfonce vers le pharynx, dont il est séparé par un intervalle rempli de tissu cellulo-adipeux.

L'extrémité supérieure répond à l'articulation temporo-maxillaire qu'elle recouvre.

L'extrémité inférieure s'adosse au dessous de l'angle de la mâchoire, à l'extrémité postérieure de la glande

sous-maxillaire, dont la sépare une cloison fibreuse dépendante de l'aponévrose cervicale.

Tels sont les rapports de la parotide avec les parois de l'excavation qui la contiennent, mais elle en a d'autres, non moins importants, avec les vaisseaux et les nerfs qui la traversent.

L'artère carotide externe la traverse de bas en haut en restant cependant toujours très-rapprochée de la face postérieure. Elle est partout entourée de tissu glanduleux et ce n'est que rarement qu'elle se creuse une gouttière sur la face postérieure.

Dans son trajet elle fournit l'auriculaire postérieure, les auriculaires antérieures, puis elle se bifurque pour donner naissance à la maxillaire interne et à la temporale superficielle. Celle-ci continue le trajet primitif du tronc artériel et n'abandonne la glande qu'au niveau du tubercule de l'apophyse zygomatique : avant d'en sortir elle fournit la transversale de la face.

A ces artères correspondent des veines qui leur sont accolées sur toute leur étendue, la plus importante est la jugulaire externe, située en dehors et un peu en avant du tronc carotidien. Rarement on trouve une branche veineuse qui se porte de la jugulaire externe à la jugulaire interne.

Dans l'épaisseur de la glande se trouvent aussi de nombreux ganglions lymphatiques, ils sont sous-aponévrotiques mais la plupart sont recouverts en partie ou complètement par les lobules voisins.

Enfin cette glande est traversée par deux nerfs, l'un moteur, le facial, l'autre sensitif, l'auriculo-temporal.

Structure. — La parotide se compose d'une enveloppe fibreuse et d'une substance propre divisée en lobes, lobules et acini, desquels partent les radicules de son conduit excréteur; d'artères, de nerfs et d'une petite quantité de tissu cellulaire.

L'enveloppe fibreuse ne l'entoure pas d'une manière complète; on n'en trouve aucun vestige au niveau du conduit auditif externe et la partie glandulaire qui pénètre entre les ptérygoïdiens en est également dépourvue; nous avons vu qu'elle envoyait des prolongements dans l'intérieur de la glande,

La substance propre de la glande est d'un tissu blanc terne, d'une consistance assez ferme, elle est formée de lobes, lobules et acini.

De ceux-ci partent des canalicules qui se réunissent pour former des rameaux, qui à leur tour forment des branches et enfin celles-ci constituent un tronc unique, le canal excréteur de la parotide ou canal de Sténon.

Le canal de sténon peut être divisé en 2 parties une intra-glandulaire, l'autre extra glandulaire ou horizontale.

Il tire son origine de la partie inférieure de la glande, contourne le bord parotidien de la mâchoire, à l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs, monte obliquement sur le masséter en croisant l'axe de ce muscle et arrive à 1 centimètre au dessous de l'arcade zygomatique et devient horizontal. Il rampe alors sur la portion tendineuse du muscle, puis déborde celui-ci de 8 à 10 millimètres, s'applique ensuite au buccinateur qu'il ne tarde pas à traverser. Enfin le conduit s'ouvre sur la muqueuse buccale, au niveau du collet de la

deuxième grosse molaire de la mâchoire supérieure, par un orifice étroit et en général peu apparent, dont le diamètre mesure à peine un millimètre.

Quelquefois on observe sur le conduit de Sténon, au niveau du bord antérieur du masséter, un lobe isolé, qui semble former une glande à part et qui a reçu le nom de parotide accessoire. Ce nom ne lui convient pas car elle fait partie intégrante de la parotide au même titre que tous les autres lobes de la glande.

Les artères de la parotide viennent du tronc de la carotide externe, de l'auriculaire postérieure, des auriculaires antérieures, de la temporale superficielle et de la transversale de la face.

Les veines se jettent dans la portion intra-parotidienne de la jugulaire externe. Les vaisseaux lymphatiques sont complètement inconnus et ses nerfs émanent pour la plupart de l'auriculo-temporal.

FISTULES DE LA PAROTIDE.

Etiologie. — Les causes des fistules de la parotide sont :

1° Les plaies de la région parotidienne faites par instrument piquant, tranchant ou contondant, 2° l'ouverture artificielle ou naturelle des abcès développés dans cette région, 3° l'ablation des tumeurs, 4° l'issue que se fraye au dehors, un calcul développé dans un lobule de la parotide, enfin des brûlures profondes

Symptomatologie. — Les fistules peuvent occuper tous les points de la région parotidienne et même se rencontrer à une grande distance de cette région. On les trouve soit au-dessous et en arrière de l'oreille, soit dans un point quelconque du sillon parotidien, soit en avant sur la joue, lorsqu'elles proviennent d'abcès ouverts loin de de leur source, ou lorsqu'elles sont liées à une lésion de la parotide accessoire. Enfin, dans quelques cas, le trajet fistuleux est plus long et l'orifice est situé en un point assez éloigné de la parotide, tel est le cas cité par la Gazette médicale du 16 juin 1832 :

« Mon malade a une fistule salivaire dont l'orifice extérieur s'ouvre vis-à-vis l'articulation sterno-claviculaire droite ; cette fistule est congénitale, douloureuse à l'approche des menstrues et à la moindre émotion. Aussitôt et pour peu que la malade mange, on voit s'écouler par son pertuis presque imperceptible un liquide transparent inodore, un peu gluant et qui m'a paru moins insipide que la salive. Cet écoulement s'arrête avec la mastication. On sent à peine le corps thyroïde. »

Ces fistules se reconnaissent à la sortie de la salive, qui se montre en plus grande quantité lorsque le malade parle ou introduit dans sa bouche des substances sapides sucre, vinaigre, citron, etc. Cette salive qui se présente sous la forme d'un liquide aqueux, peu visqueux, alcalin, suinte tantôt du centre d'une fongosité épaisse, tantôt à travers une pellicule mince.

La largeur de l'orifice fistuleux est ordinairement très-peu considérable, souvent presque imperceptible ; la peau reste saine au pourtour, et généralement on ne re-

connaît son existence que par la salive qui s'en échappe sous forme de gouttelettes.

Nous verrons plus tard comment on distingue les fistules de la parotide des fistules du canal de Sténon.

Pronostic. — Ces fistules qui s'oblitérent quelquefois d'elles-mêmes, réclament souvent l'intervention du chirurgien et nous pouvons voir, dans l'observation suivante, qu'il n'est pas toujours facile d'arriver à la guérison.

OBSERVATION I. (Personnelle) (1). Amelin Auguste, âgé de 22 ans, garçon marchand de vin, a reçu à Arthenay une balle qui, entrée au dessous et en arrière du conduit auditif droit, est sortie au niveau de l'os malaire gauche, après avoir labouré la voûte palatine.

Il fut ramassé et conduit à l'ambulance où il resta jusqu'au 13 mars 1871.

L'ouverture droite s'était refermée 8 jours environ après son entrée à l'ambulance, et comme la cicatrisation de la sortie de la balle, nécessitait un bandeau autour de la tête, il ne s'aperçut pas alors s'il y avait un écoulement de salive.

Le 13 mars il entre au Val-de-Grâce où il reste jusqu'au mois d'août 1871.

C'est là, qu'au mois de juin 1871, il commence à s'a-

(1) Cette observation a été rapportée en partie par M. Cadot (thèse 1872), mais il n'a pas suivi le malade jusqu'à la fin du traitement, son observation est incomplète, aussi je considère la mienne comme m'étant tout à fait personnelle.

percevoir d'un suintement peu abondant au-dessous et en arrière du conduit auditif droit.

Il ne fut pas traité au Val-de-Grâce et sortit au mois d'août 1871 pour reprendre son métier.

Cependant, à partir de ce moment, son état empire de jour en jour; plus il travaille, plus il perd de salive, il est obligé de porter continuellement un bandeau.

Enfin, quelques jours avant son entrée, il perdait, dit-il, un bon verre de salive par jour.

Il entre à l'hôpital des Cliniques, le 18 octobre 1872, dans le service de M. Broca, alors suppléé par M. Poillaillon.

Vers le 23 octobre, on lui fait une injection de lait pour constater la perméabilité du canal de Sténon, ce dernier était perméable.

Mais cette injection fut suivie d'une légère inflammation de l'orifice de la fistule et le liquide cessa de couler pendant trois jours.

Le 1^{er} novembre, on cautérise l'orifice à l'aide d'un stylet rougi au feu; il resta fermé pendant quelques jours, puis l'écoulement salivaire reprit son cours.

Le 30 novembre, on fait un point de suture qui n'aboutit à rien, l'écoulement ne fut même pas arrêté.

On enlève les fils le 4 décembre 1872 et après quelques jours on commence les cautérisations au nitrate d'argent.

La première vers le 10, la seconde le 14, à la suite de ces cautérisations on ne fit pas de compression.

Enfin, le 16 décembre, nouvelle cautérisation au nitrate d'argent, mais cette fois on applique sur l'orifice un bandage comprimant les téguments assez fortement

Ces cautérisations aidées de la compression eurent un plein succès, car le 28 décembre, à la levée de l'appareil, on ne constate plus le moindre suintement.

On réapplique un bandage compressif, jusqu'au 8 janvier 1873, et à cette époque le malade part pour Vincennes n'ayant plus aucun écoulement salivaire, ne sentant aucune douleur ni aucun tiraillement dans la région parotidienne, en un mot, parfaitement guéri.

Le malade présente derrière le lobule de l'oreille une cicatrice peu étendue.

J'aurais voulu citer plusieurs observations de fistules de la parotide, mais malgré mes recherches, je n'ai pu trouver que la suivante, qui offre ceci de particulier; c'est que le même traitement, cautérisation et compression réunies, donne encore un bon résultat.

Obs. II (A. Bérard, thèse de concours, 1841). — J'ai observé, sur un jeune homme, une tumeur qui m'a paru formée par l'accumulation de la salive; ce malade portait, quand il me consulta, une tumeur molle et fluctuante du volume d'un petit œuf de poule, qui s'était accrue lentement, et occupait la face externe de la parotide. Je pensai que j'avais affaire à un abcès froid, d'autant mieux qu'il y avait quelques ganglions engorgés autour de la mâchoire. Je pratiquai une incision verticale sur la tumeur, le liquide qui s'écoula était transparent, de couleur ambrée, filant et visqueux. Les parois de la poche se rapprochèrent, mais leur agglutination ne fut qu'incomplète; il resta une fistule salivaire qui résista longtemps au traitement. Je finis cependant par en obtenir

la guérison au moyen de la cautérisation aidée de la compression.

Ces deux observations nous indiquent qu'on peut guérir les fistules de la parotide au moyen de la cautérisation et de la compression réunies ; mais ce n'est pas la seule façon de traiter ces lésions et d'autres méthodes ont aussi donné de bons résultats.

Il y a d'abord la cautérisation, et il semblerait que ce fut le premier traitement employé par les anciens, qui ne connaissaient pas la nature de ces fistules.

Ainsi Galien a guéri une fistule de la parotide au moyen d'un emplâtre cathérétique.

Ambroise Paré nous dit, que chez un soldat qui avait reçu un coup d'épée au travers de la mâchoire supérieure, il restait après la guérison de la plaie un petit trou, fournissant une grande quantité d'eau fort claire, et que pour le guérir il lui a suffi de cautériser le fond de l'ulcère avec de l'eau forte et d'y appliquer quelquefois de la poudre de vitriol brûlé.

Fabrice d'Aquapendente, dans le passage suivant, nous fait la description d'une fistule de la parotide et nous indique comment il l'a traitée.

« L'expérience m'a appris que les plaies, qui sont auprès des oreilles, se guérissent fort bien, à la réserve d'un très-petit trou, qu'on a de la peine à apercevoir. Il en sort, surtout quand les blessés mangent, une grande quantité d'eau limpide, qui ressemble assez aux larmes qu'on verse en pleurant ; cela dure souvent un mois ou deux. Je ne sais en vérité d'où ni comment elle sort : « unde et quomodo effluat, ego certe nescio. » Mais, pour

tarir une humidité si copieuse, j'ai appliqué des compresses trempées dans les eaux thermales d'Appone ou des cérats puissamment dessicatifs. »

Aujourd'hui on cautérise l'ouverture externe, soit avec un stylet rougi au feu, soit avec le nitrate d'argent.

Comme traitement on a aussi employé la compression ; Le Dran, Beaupré, en ont obtenu de bons résultats. On la dirige, soit sur l'orifice fistuleux lui même, afin d'empêcher la sortie de la salive, soit sur toute la glande parotide pour diminuer sa sécrétion et même pour en obtenir l'atrophie. Ce moyen est douloureux et les malades ne peuvent généralement pas le supporter.

On s'est aussi servi avec succès des injections irritantes. Louis les a vues réussir deux fois, mais il importe de dire dans quel cas.

La fistule était survenue à la suite d'une plaie dans laquelle les téguments et la parotide avaient été déchirés ; son orifice était placé sur l'angle de la mâchoire et le stylet remontait le long de la branche du même os, jusqu'au bout de l'arcade zygomatique. Louis se servit, pour faire ses injections, d'une décoction de roses de Provins dans du vin rouge, puis peu satisfait du résultat, il essaya l'alcool qui seconda mieux ses vues.

Curtis Smith (1) employa avec succès les injections faites avec une solution concentrée de nitrate d'argent. Il parvint à guérir une jeune fille de 15 ans, qui, depuis l'âge de dix-huit mois avait une fistule parotidienne profonde de 13 centimètres.

Malgré ces succès il faut toujours se servir des injec-

(1) Amer. journ., 1872.

tions irritantes avec beaucoup de prudence, car, après leur emploi, il y a toujours à craindre une inflammation de la parotide, suivie de suppuration. Aussi ne faut-il avoir recours à ce moyen que dans les cas où le trajet fistuleux a une certaine longueur.

Enfin, la réunion des bords de la plaie après avivement, ou l'occlusion par autoplastie compte quelques guérisons.

Comme on le voit, toutes ces méthodes de traitement ont eu de bons résultats, mais réussissent-elles constamment? Non, car notre malade (observation I), nous montrent que la cautérisation seule peut échouer, que la réunion des bords de la plaie n'est pas plus heureuse, et qu'il faut combiner deux de ces méthodes, compression et cautérisation, pour arriver à la guérison. Dans l'observation II, on peut penser d'après ces mots : « je finis cependant par en obtenir la guérison, » que d'autres traitements ont été essayés avant la compression et la cautérisation réunies et que seul celui-ci a donné un bon résultat.

Cherchant alors à m'expliquer pourquoi ces deux méthodes réunies réussissaient, lorsque employées séparément elles échouaient, je crois en avoir trouvé l'explication dans la théorie suivante.

La cautérisation est employée pour fermer l'orifice externe de la fistule et cela au moyen d'une inflammation adhésive des parois, mais pour réussir il faut empêcher le passage de la salive. C'est alors que la compression vient en aide, car en pressant sur les parois de la fistule elle les maintient l'une contre l'autre, puis comprimant toute la région parotidienne, elle empêche la circulation de la parotide d'être aussi active, de là diminution de sé-

crétion de la salive, qui, sécrétée en petite quantité, trouve les canaux de la glande plus que suffisants pour son libre passage. Il faut encore tenir compte de ceci : c'est que l'appareil compressif force le malade à garder sa mâchoire immobile, nouvelle cause de diminution de la sécrétion salivaire.

Aussi sans vouloir établir une méthode de traitement, je crois pouvoir donner les conseils suivants aux praticiens qui se trouveront en face de fistules de la parotide.

Avant de faire tout traitement, il faut d'abord s'assurer, au moyen d'une injection de lait, de la perméabilité du canal de Sténon. Puis, chercher à diminuer la sécrétion salivaire. On y arrive au moyen de la compression ; il faut la faire aussi forte que le malade peut la supporter.

Il ne reste plus ensuite qu'à oblitérer l'ouverture externe de la fistule ; on a alors recours à différents procédés.

Le plus souvent on se sert de la cautérisation au nitrate d'argent.

Cependant si le trajet fistuleux a une certaine étendue, il vaut mieux employer les injections irritantes ; enfin, s'il y a perte de substance, c'est à l'autoplastie qu'il faut donner la préférence. Mais, je le répète, à chacun de ces procédés on doit toujours associer la compression.

Si, après l'injection lactée, on est certain que le canal de Sténon est imperméable, il faudra d'abord créer un canal artificiel ; nous verrons plus loin comment on doit le faire, et celui-ci établi, on traitera la fistule comme nous l'avons indiqué plus haut.

FISTULE DU CANAL DE STÉNON.

Etiologie. — Ces fistules ont les mêmes causes que les fistules de la parotide, excepté que ces plaies, abcès, etc., se rencontrent alors sur la joue et en avant de la région parotidienne. On leur donne aussi, comme origine, l'introduction d'un corps étranger dans le canal. Dubois a vu une fistule produite par une arête de poisson engagée et retenue dans la partie antérieure du canal parotidien.

Symptomatologie. — Le symptôme capital est l'écoulement de la salive. On peut même dire que l'orifice externe de la fistule est situé au-dessous ou au-dessus du canal de Sténon au moyen des signes suivants : dans le premier cas la salive s'écoule facilement au dehors et ne forme pas de tumeur ; dans le second au contraire, la salive s'accumule et forme une tumeur qu'on peut vider par la compression.

L'écoulement de la salive est continu ou présente de rares et courtes intermittences, mais il s'exagère surtout au moment des repas. Ainsi, Duplessis a pu recueillir pendant un repas de dix-huit minutes de durée une quantité de salive dont le poids s'élevait à 88 grammes. Diphœnix cite un malade qui, au moment du repas, perdit 150 grammes de salive en 28 minutes.

L'orifice de la fistule est situé tantôt au niveau du buccinateur, tantôt au niveau du masséter et on l'aper-

goit soit au fond d'une dépression, soit au milieu de fongosités saignantes ou de tissus cicatriciels.

Enfin, comme symptôme, on a encore cité la sécheresse de la bouche ; elle est surtout marquée lorsque la partie antérieure du canal est obstruée et que toute la salive sécrétée sort par la fistule.

Le siège de l'orifice fistuleux, l'abondance de l'écoulement salivaire permettront de reconnaître si la fistule dépend de la parotide ou de son canal excréteur. Pour faire ce diagnostic on peut encore employer le moyen suivant : faire le cathétérisme du canal avec un stylet, en passer un autre dans la fistule, et s'ils se rencontrent c'est que la fistule dépend du canal de Sténon.

Pronostic. — Cette affection, sans être dangereuse, gêne surtout le malade par l'écoulement incessant du liquide et peut devenir une cause de mauvaise digestion ; car, la salive s'écoulant complètement par la fistule, une seule des parotides devra fournir le liquide nécessaire à la mastication, et celle-ci, pouvant alors être mal faite, sera, comme nous le savons, une cause de digestion laborieuse.

Ces fistules ne disparaissant pas d'elles-mêmes, leur traitement offre quelquefois des difficultés et est souvent assez long.

Cependant, il y a des exceptions ; ainsi, dans les deux observations suivantes, le traitement fut simple et la guérison ne se fit pas attendre.

Obs. III (1). — Après avoir enlevé une tumeur enkystée du milieu de la joue, on s'aperçut, au troisième jour, que le canal de Sténon avait été ouvert et que la salive coulait au dehors. La compression, puis l'avivement des bords de la plaie restèrent infidèles ; il en fut de même de la pression exercée, non plus sur le canal de Sténon, mais seulement sur la plaie, de manière à tenir ses lèvres juxtaposées. Après ces insuccès, on songea à l'emploi si simple du collodion ; aussitôt qu'on en eut déposé deux gouttes, on vit immédiatement les bords de la fistule venir en contact. Dès-lors il ne sortit plus une seule goutte de salive ; on réitéra le lendemain la même application, et au bout de huit jours la guérison était définitive et solide.

Obs. IV (2). — Dandin, 22 ans, est blessé, le 16 août, dans une sortie sur la Robertran, par une balle partie du premier étage d'une maison.

L'ouverture d'entrée est située au milieu de la joue et l'orifice de sortie sous le lobule de l'oreille ; la boule graisseuse du milieu de la joue fait hernie dans la plaie, et la branche montante du maxillaire est à nu, mais non fracturée.

16 août au soir. Un peu de fièvre.

Le 20. La fièvre est complètement tombée et la suppuration s'établit franchement.

Le 25. La cicatrisation commence.

12 septembre. Elle est complète, sauf un point où se

(1) Gaz. hebdomadaire, 1854, p. 411 (Rodolff).

(2) Th. de Paris, 1872 (Cadot).

trouve une fistule ; celle-ci est placée au niveau de l'ouverture d'entrée et n'est devenue apparente que depuis la fin du mois d'août. Auparavant la suppuration masquait l'écoulement, qui ne tarda point à devenir abondant. Au dire du malade, il existait de la sécheresse dans la bouche du côté blessé ; mais la gêne dans les mouvements, gêne déterminée par la blessure, ne permet point de constater le fait. Un peu plus tard, dès que les symptômes inflammatoires furent un peu calmés au pus succéda insensiblement un liquide séreux qui suintait abondamment au moment des repas, au point de couler le long de la joue et du cou du malade.

On se proposait d'user plus tard de moyens chirurgicaux appropriés pour tarir cette fistule ; mais en attendant on cautérisait chaque jour la petite plaie avec du nitrate d'argent, et l'on vit peu à peu l'orifice se fermer, en même temps que l'écoulement de salive devenait moins considérable, sans aucun phénomène de rétention ou d'atrophie de la parotide.

Le 30, plaie et fistule étaient complètement guéries.

Je regrette que dans ces deux observations on n'ait pas fait, avant tout traitement, une injection de lait pour s'assurer de la perméabilité de la portion antérieure du canal ; cette expérience m'aurait été très-utile lorsque, plus tard, j'essaierai de démontrer pourquoi ces guérisons ont été si faciles.

Dans l'observation suivante, le traitement fut encore simple, mais cependant plus long.

OBS. V (1). — Le 1^{er} novembre 1874, je fus appelé auprès d'un jeune garçon de 7 ans, présentant à la joue gauche, dans la portion masséterine, à un travers de doigt au dessous de l'os malaire, une plaie assez petite mais donnant lieu à une suppuration relativement assez abondante. Toute la joue était tuméfiée et douloureuse ; l'enfant ne pouvait écarter les mâchoires ; le doigt ne pouvait être introduit dans la bouche pour l'exploration.

J'appris qu'environ six semaines auparavant, cet enfant, en jouant avec ses camarades, avait fait une chute si malheureuse que le bâton dont il se servait pour pousser un cerceau avait pénétré dans la joue et produit la plaie que je voyais. Un médecin, appelé lors de l'accident, n'avait songé tout d'abord qu'à arrêter l'hémorrhagie qui, paraît-il, avait été assez abondante. La plaie fut ensuite pansée avec un linge cératé. La cicatrisation ne se faisait pas ; à quelque temps de là, un fragment de bois sortit spontanément de la plaie, qui fut sondée alors seulement, et on put constater la présence d'un autre fragment de bois. Suffisamment renseigné, je sondai la plaie à mon tour et je pus facilement reconnaître la présence du corps étranger, situé peu profondément, à 1 centimètre environ de l'orifice externe de la plaie. Je conseillai l'extraction de ce morceau de bois, elle eut lieu le 4 novembre.

Une petite incision horizontale, faite sur la sonde cannelée, me permit d'extraire un morceau de bois, long d'environ 3 centimètres.

(1) Gaz. des hôp., 1875. Michalski, de Chauny (Yonne).

Persuadé qu'il ne devait plus rien rester dans la joue de l'enfant, je recômandai pour la journée des cataplasmes sur la joue.

Je fis plusieurs fois l'exploration de la plaie avec un stylet, et le 24 novembre je rencontrai de nouveau un obstacle. J'eus peine à croire encore à un fragment de bois et je pensai plutôt à une fracture du maxillaire, et que mon stylet avait rencontré un fragment d'os.

Pour en faciliter la sortie spontanée, je fis mettre dans la plaie une mèche cératée. La suppuration était toujours abondante.

En attendant, préoccupé que l'enfant ne pouvait écarter les mâchoires et craignant un commencement d'ankylose, je fis tous les jours des manœuvres pour obtenir l'écartement des mâchoires. Ces manœuvres eurent pour résultat de faire cheminer vers la plaie un nouveau fragment de bois assez volumineux, que je dus extraire le 20 décembre.

Le lendemain une exploration des plus minutieuses me fit acquérir la conviction qu'il ne restait plus rien dans la joue de l'enfant, et que, cette fois, la cicatrisation de la plaie se ferait rapidement ; mais elle marcha lentement, et la suppuration, quoique moins abondante, était encore assez considérable.

Je faisais faire des injections à la teinture d'iode additionnée d'eau, lorsque, le 20 janvier, on me fit observer qu'il ne sortait plus de pus, mais seulement de l'eau claire. En faisant manger l'enfant devant moi, je pus constater moi-même la sortie d'un liquide blanc, incolore, pendant les mouvements de mastication. Le diagnostic était facile : le canal de Sténon avait été blessé ; la

salive parotidienne s'écoulait, en partie du moins, par l'orifice du trajet fistuleux ; j'avais affaire à une fistule salivaire du canal de Sténon

Je continuai quelques jours encore les injections iodées, puis je résolus de tenter l'occlusion à l'aide d'un emplâtre agglutinatif simple, après avoir préalablement cautérisé avec le nitrate d'argent l'orifice de la fistule. C'est ce qui fut fait le 28 janvier 1875.

L'emplâtre fut maintenu jusqu'au 2 février, et ce jour-là je constatai avec satisfaction que la cicatrisation était complète, que l'orifice de la fistule était fermé et qu'il ne coulait plus de salive sur la joue.

L'enfant étant très-turbulent, je mis, par précaution, un morceau de taffetas anglais, maintenu sur la joue par une couche de collodion.

Le 6 février, le taffetas était mouillé, la salive s'était accumulée au-dessous. Le pertuis par lequel elle était sortie était toutefois si petit que j'eus de la peine à le trouver. La cicatrice avait cédé. Je fis une nouvelle cautérisation et je remis un emplâtre agglutinatif, de préférence au taffetas collodionné, qui produisait une légère irritation de la peau.

Le lendemain, 7 février, l'orifice de la fistule s'était agrandi ; je fis une nouvelle cautérisation.

Dès le 10 février, j'eus de nouveau la satisfaction de constater la cicatrisation de la fistule, cette cicatrisation était, je crois, définitive.

Aujourd'hui, 30 mars, la guérison est complète, la salive a repris son cours normal, et la cicatrice du trajet fistuleux paraît assez solide pour ne plus se rompre.

Ce qu'il y a d'intéressant dans cette observation, c'est d'abord cette guérison facile, puis cette rupture de la cicatrice lorsque tout semblait fini. Ne pourrait-on éviter cet inconvénient? Je crois qu'on y parviendrait avec un bandage compressif, car non-seulement il diminuerait la sécrétion salivaire, mais encore il empêcherait les mouvements du maxillaire, et il est probable que c'est par un mouvement trop étendu que la cicatrice, encore incomplètement consolidée, s'est rompue.

Dans l'observation VI, leur traitement fut encore simple, mais dans le cours du traitement, il y eut un phénomène curieux.

Obs. VI (1). — Paul Abraham, journalier, 37 ans, reçoit à bout portant, au côté droit de la face, un coup de pistolet chargé de grenailles de plomb. L'ouverture de la plaie, irrégulièrement arrondie, admettait facilement le bout du doigt indicateur; elle était placée à distance à peu près égale de la commissure droite des lèvres et du bord extérieur de la branche montante de l'os de la mâchoire inférieure. En introduisant le doigt indicateur dans la bouche, on constata que la branche horizontale du maxillaire était fracturée en esquilles. On fit successivement l'extraction du bord alvéolaire de cet os, et des deuxième et troisième molaires de ce côté.

Durant les trois premiers jours qui suivirent sa blessure, P... fut pris d'un gonflement considérable à l'angle

(1) Gaz. des hôp., 1859 (Borel).

droit de la mâchoire, lequel s'étendait à la partie supérieure du cou. Au quatrième jour, la plaie suppura; il se détacha des eschares, les lèvres de la plaie se détachèrent et se rapprochèrent. Deux esquilles osseuses se détachèrent de la mâchoire inférieure, le blessé les poussa hors de la bouche avec la langue. A partir de ce jour, il commença à s'échapper d'une petite ouverture au centre de la plaie un liquide limpide, incolore, à réaction alcaline, paraissant provenir du canal de Sténon au niveau du bord antérieur du masséter.

Au quatorzième jour, cet écoulement de salive avait considérablement augmenté; cautérisation au nitrate d'argent et pansement légèrement compressif. Malgré l'emploi de ces moyens, l'écoulement persista très-abondant jusqu'au vingtième jour. A partir du vingt et unième, le liquide diminua de quantité et ne s'écoulait plus que pendant les repas. La glande parotide fut prise alors d'un gonflement pâteux, indolent, sans changement de couleur à la peau, et qui augmenta progressivement.

Le trente et unième jour, on extrait une esquille volumineuse de la mâchoire inférieure; sa sortie fut suivie de l'issue de plusieurs grains de grenaille de plomb. L'écoulement de salive par la joue avait diminué, mais en revanche le gonflement parotidien avait considérablement augmenté; il continuait à être indolent, pâteux et sans changement de couleur à la peau. Le trente-troisième jour, au-dessous du maxillaire inférieur, apparaît un gonflement douloureux, distinct de la tuméfaction de la parotide placée au-dessus. Au moment du pansement, issue de quatre grains de grenaille de plomb et

de pus. Le trente-sixième jour, le gonflement de la parotide est considérable.

Depuis deux fois vingt quatre heures, il n'était pas sorti une goutte de salive par le pertuis fistuleux, qui paraissait complètement cicatrisé. Craignant que la tuméfaction de la parotide ne put avoir de fâcheux effets, on plonge la pointe d'un bistouri à l'endroit où la petite ouverture avait existé pour provoquer l'issue de la salive; à la suite de cette piqure, il ne sortit dans la journée qu'une petite quantité de cette humeur. Le lendemain, cet écoulement avait tari, à peine s'il en sortait quelques gouttes pendant la mastication. Du trente-huitième au quarante-deuxième jour, formation d'un abcès le long de la branche horizontale du maxillaire; incision, issue d'un pus épais. Le lendemain, il s'en échappe plusieurs grains de grenaille.

Les jours qui suivirent amenèrent une réduction progressive du volume de la glande. L'écoulement de salive n'a pas reparu depuis le quarante-septième jour; dans les derniers jours, le pertuis fistuleux avait donné issue plutôt à un liquide purulent, qui sortait goutte par goutte, qu'à de la salive véritable. La formation d'un nouvel abcès est venue retarder la complète guérison du blessé, qui n'est sorti de l'hôpital que le 28 novembre.

Ce qui frappe surtout dans cette observation, c'est ce gonflement pâteux et indolent de la parotide; à quoi l'attribuer? Il ressemble complètement à celui qu'on observe, lorsqu'on se sert du procédé de Maisonneuve, c'est-à-dire lorsqu'on empêche le passage de la salive

en faisant la compression sur le canal entre le trajet fistuleux et la glande elle-même.

Aussi, suis-je tenté de croire que c'est l'inflammation causée par les grains de plomb qui, en déterminant une compression sur le canal, a ainsi donné naissance à ce gonflement pâteux.

Ce qui semblerait me donner raison, c'est que la réduction du volume de la glande ne s'est montrée que lorsque le pus se fut échappé au dehors.

Quelle conclusion tirer de ces différentes observations? La suivante : c'est que les fistules du canal de Sténon, de même que les fistules de la parotide, guérissent facilement par la cautérisation et la compression réunies, si toutefois la partie antérieure du canal n'est ni oblitérée, ni rétrécie, et peut donner un libre passage à la salive pour se rendre dans la bouche.

D'ailleurs, nous allons voir par les observations suivantes que, même lorsque la partie antérieure du canal est oblitérée, c'est encore le même traitement qui réussit, mais, avant de l'employer, il faut créer un canal artificiel, qui permettra le passage de la salive dans la bouche.

Obs. VII. — X..., âgée de 11 ans, est tombée dans un escalier; elle tenait à la main un vase de nuit qui s'est brisé. Les fragments ont produit à la joue une plaie dirigée verticalement, dont l'extrémité supérieure répond au cartilage du tragus, et l'extrémité inférieure à la ligne médiane du menton.

L'accident a eu lieu le 27 mai 1874.

1^{er} juin. Un écoulement de salive très-considérable

se produit par un point de la plaie qui correspond précisément au trajet du canal de Sténon.

Le 4. Il se forme une seconde fistule salivaire, répondant à la partie moyenne de la glande parotide.

Le 6. Une troisième fistule se forme un peu plus haut; c'est encore une fistule parotidienne.

Le 10. Ces fistules se sont refermées d'elles-mêmes, il ne resté que la fistule du canal de Sténon.

Le 17. Un canal artificiel est creusé à travers la joue, au moyen d'une ponction pratiquée avec un trocart capillaire, le canal est ensuite dilaté au moyen de mèches dont le volume est augmenté progressivement.

Le 29. Les mèches sont retirées et l'on se contente de pratiquer tous les jours le cathétérisme au moyen d'une bougie urétrale.

21 Juillet. On cesse de faire le cathétérisme. La malade est gardée en observation pendant quelque temps; la salive prend elle-même son cours à travers le canal artificiel, et il n'en coule que de très-petites quantités par la fistule.

On réunit alors la petite plaie de la joue au moyen d'une suture entortillée. Depuis lors, il ne s'est plus écoulé de salive sur la joue.

Nous verrons plus loin que le procédé employé pour le traitement de cette fistule du canal de Sténon est le procédé inventé par Desault.

Le D^r Prompt (1) a fait aussi, sur cette jeune malade, un certain nombre d'observations physiologiques intéres-

(1) Gaz. des hôp., 1874 (Prompt).

santes, qui l'ont amené à formuler les conclusions suivantes :

1° L'écoulement de la salive parotidienne dépend de l'excitation du sens du goût, et il est à peu près le même, quelle que soit la forme de l'excitation, soit que le sujet mange, boive, ou qu'on excite le sens du goût en appliquant sur la langue une substance sapide.

2° La quantité de liquide sécrétée dépend principalement du temps pendant lequel on excite le sens du goût; ainsi, en faisant boire un verre de vin d'un seul trait, on n'aura que quelques gouttes de salive; en le faisant boire à petites gorgées, de manière que le sujet emploie à cette opération trois ou quatre minutes, on aura une quantité de liquide considérable, 2 ou 3 grammes, par exemple.

Enfin, dans l'observation suivante, la guérison fut encore assez facile, mais il faut encore tenir compte que la salive s'écoulait dans la bouche avec facilité.

Obs. VIII (1). — Je fus consulté, le 3 septembre 1871, par M. X..., ouvrier dans une fabrique de bouteilles, pour une tumeur qu'il portait à la joue droite depuis plusieurs années. Cette tumeur, très-dure, indolore, sans changement de couleur à la peau, avait acquis, au moment où je l'examinai, le volume d'un gros pruneau; elle faisait saillie à l'extérieur et constituait une difformité choquante. A l'intérieur, et depuis longtemps aussi, il y avait au même niveau une ulcération à fond gri-

(1) Gaz. des hôp., 1875 (Lombard).

sâtre. A certains moments, il en sortait un liquide d'odeur repoussante; la grosseur diminuait alors de volume.

Un stylet me donna la sensation d'un corps dur et rugueux, que je supposai un calcul, et dont je proposai l'extraction au malade, qui remit l'opération à quelques jours.

Le 6 septembre. Une parotidite interne se déclarait, et malgré un traitement énergique, se terminait par un abcès s'ouvrant spontanément à l'extérieur, au centre de la tumeur, dans la journée du 12.

J'agrandis un peu l'ouverture et pus, sans aucune difficulté, extraire un calcul très-dur, d'odeur infecte, hérissé d'aspérités, du poids de 4 grammes environ, et affectant le volume et la forme d'une fraise; par cette plaie, on pénétrait librement dans la bouche.

Elle fut pansée à plat avec un pfumasseau de charpie, enduit de cérat et recouvert d'une compresse assujettie avec une mentonnière.

Le lendemain, les pièces du pansement étaient baignées d'une grande quantité de liquide qui n'était que de la salive, et qu'une légère compression sur la parotide faisait sortir à volonté.

Nous étions en présence d'une fistule du canal de Sténon. Je ne laissais pas que d'être inquiet sur les conséquences possibles, d'autant plus que l'orifice extérieur était large; d'autre part, j'étais rassuré par la grande diminution de l'orifice interne.

Je fis panser chaque jour avec de la pommade camphrée, après une lotion avec de l'eau alcoolisée, et j'exerçai une compression assez forte avec des compresses graduées.

Sous l'influence de ce traitement, la plaie se nettoya promptement et se rétrécit peu à peu, bien qu'un autre abcès, survenu à l'angle de la mâchoire, et ouvert spontanément, fut venu entraver un peu le traitement.

Le 25 septembre il restait un petit orifice fistuleux, qui donnait passage à la salive; l'orifice interne, bien que rétréci, la laissait écouler dans la bouche avec facilité.

Je cautérisai extérieurement avec du nitrate d'argent et continuai la compression.

Le 28, il ne restait au dehors qu'un bourgeon cicatriciel que je cautérisai encore. Je recommandai des lotions avec du vin fortement astringent et une légère compression.

Huit jours après, le malade était complètement guéri. Depuis quatre ans, la guérison ne s'est pas démentie; il ne reste d'autres traces de cette affection qu'une très-petite cicatrice.

Comme on le voit, c'est presque toujours le même traitement qui sert à oblitérer l'ouverture externe de la fistule, compression et cautérisation, suture, etc.; mais, pour créer le canal artificiel, les procédés sont plus nombreux; nous les énumérerons un peu plus loin.

Traitement des fistules du canal de Sténon. Avant de commencer le traitement de ces fistules, je dois les diviser en trois classes, ayant chacune un traitement spécial.

1° *Fistules du canal de Sténon, la partie antérieure du canal restant perméable;*

Lebon.

2° Fistules ayant leur orifice externe au niveau du buccinateur, la partie antérieure du canal étant oblitérée ;

3° Fistules ayant leur orifice externe au niveau du masseter, la partie antérieure du canal étant oblitérée.

Pour traiter les premières on a employé la compression.

Desault espérait, au moyen d'une compression énergique, amener l'atrophie de la glande et guérir ainsi la fistule.

Maisonneuve faisait la compression du canal entre l'ouverture externe de la fistule, qu'il cautérisait, et la parotide. Ce traitement donnait souvent lieu à un gonflement pâteux de la parotide et l'on était généralement obligé de l'interrompre ; cependant ce procédé a donné de bons résultats.

Malgaigne a conseillé le traitement suivant : il consiste à recouvrir l'orifice fistuleux d'une mince feuille d'or assujettie par de la poix ; la salive, arrêtée par cette barrière impénétrable, reprendrait de nécessité son cours naturel et la guérison pourrait être attendue sans la moindre incommodité, une simple mouche suffisant pour recouvrir ce petit appareil. Ce moyen très-simple devra être employé et pourra donner des guérisons.

On a aussi employé la cautérisation avec le nitrate d'argent ou le cautère actuel.

Tous ces procédés ont donné de bons résultats, mais il est des cas où l'on échouera presque certainement, c'est lorsque la partie antérieure du canal, sans être

oblitérée, est très-rétrécie. Il faut alors avoir recours au procédé de Louis (1753).

Il prenait un petit stylet, à l'extrémité duquel est un œil ou chas, comme aux aiguilles ordinaires à coudre, il y passait un fil dont les deux bouts étaient noués en anse, il introduisait ensuite le stylet dans l'ouverture de la fistule, lui faisait suivre le canal de Sténon jusque dans l'ouverture de la bouche, le retirait par cet orifice et laissait un séton dans cette partie antérieure du canal de Sténon de façon à le dilater.

Lorsque le canal était suffisamment dilaté, il cessait de passer un séton et traitait l'ouverture externe par la cautérisation.

A celle-ci, je conseille de joindre la compression, la guérison n'en sera que plus rapide.

Comme, lorsque la pointe du stylet est arrivée au coude que forme le canal en traversant le buccinateur, il est très-difficile de la faire pénétrer plus avant, Louis conseille de passer deux doigts dans la bouche et de tirer la joue correspondante à la fistule en dehors et en avant, on redresse ainsi le canal et le stylet pénètre plus facilement dans la bouche.

Nous voyons que, lorsque la salive peut s'écouler dans la bouche, le traitement des fistules du canal de Sténon est le même que celui des fistules de la parotide.

Passons au traitement des fistules ayant leur orifice externe au niveau du buccinateur, la partie antérieure du canal étant oblitérée.

La première indication est de donner à la salive une voie artificielle qui lui permette de se rendre dans la bouche, et la suite du traitement devient simple.

Pour créer ce canal artificiel, on a employé plusieurs méthodes.

De Roy perça la joue avec un cautère actuel, semblable à celui dont on se servait alors pour percer l'os unguis dans l'opération de la fistule lacrymale.

Après De Roy, Duphœnix (1726) se servit d'un bistouri pour percer la joue et plaça dans la plaie une canule pour prévenir la réunion de l'ouverture interne, puis fit la suture de l'orifice externe.

Monro traversa la joue de dehors en dedans et d'arrière en avant avec une grosse alène de cordonnier. Puis il passait un cordon de soie dans cette ouverture et en liait les deux bouts vers l'angle de la bouche, sans serrer la ligature.

Desault modifia le procédé de Monro. Il traversait la joue avec un trocart armé de sa canule ; dans celle-ci il passait un fil auquel il attachait un sétou. Il entraînait celui-ci de dedans en dehors, mais de manière à ne pas l'amener entre les bords de l'ouverture extérieure que le fil seul traversait. Il pouvait ainsi dilater le canal artificiel sans dilater l'orifice externe de la fistule, qu'on guérissait facilement plus tard.

Puis vient le procédé de Deguise, 1811, et Bécлар, qui consiste à faire deux ouvertures du côté de la bouche et à passer un fil de plomb, dont l'anse est du côté de la fistule. On tort ce fil jusqu'au moment où il tombe. Chez une malade de Bécлар le fil resta en demeure dix-huit mois.

Percy conseilla de ne faire pénétrer qu'une extrémité du fil de plomb dans la bouche et d'engager l'autre extrémité dans la portion parotidienne du canal de Sténon.

On repliait l'extrémité qui arrivait dans la bouche et on maintenait le tout par une légère compression externe.

M. Gosselin reproche au procédé de Bécлар, de permettre aux tissus de se cicatriser autour de l'anse du fil au fur et à mesure qu'ils sont sectionnés. Aussi, en 1859, il propose à la Société de chirurgie un nouveau procédé qui est celui de Deguise et Bécлар modifié en ce qu'il fait l'écrasement linéaire extemporané des tissus, et de plus il fait tous les jours le décollement des lèvres de la plaie au moyen d'une sonde cannelée.

Cette dernière partie de l'opération était douloureuse, nous verrons plus loin comment M. Trélat l'a avantageusement modifiée. Viborg proposa la ligature du conduit parotidien et, pour défendre cette méthode, il fit de nombreuses expériences sur les animaux à la suite desquelles il ne vit jamais survenir d'accidents inflammatoires; ce procédé n'a jamais été employé bien que Velpeau l'ait conseillé. Enfin Langenbeck proposa d'isoler le bout postérieur du canal de Sténon. Son procédé consiste à disséquer le bout postérieur du conduit parotidien et à pratiquer ensuite au fond de la fistule, une ouverture qui le reçoive ainsi isolé, dans la bouche; pour le fixer on se contente de réunir les bords de la plaie extérieure.

Ce procédé a deux inconvénients, d'abord la rétraction du canal, ensuite une cicatrice déformante par suite des dégâts qu'il faut faire en disséquant le canal; Velpeau le rejette et dit que ce procédé qui n'a pas encore eu d'imitateur, n'en doit point trouver dans l'avenir.

Bonnafond, chirurgien militaire, le modifia cependant d'une façon avantageuse, mais il ne donna pas plus de

succès. Il se servait pour cela d'une canule, dans laquelle il attirait le canal, d'abord disséqué, au moyen d'un fil qui embrassait une portion du bout isolé du canal, puis il attachait le fil à l'autre extrémité de la canule. Le canal empêchait la canule de tomber dans la bouche et celle-ci devait empêcher la rétraction du canal. Malheureusement les choses ne se passaient pas ainsi, le fil coupait les parois du canal et de même que dans le procédé de Langenbeck, rien n'empêchait alors sa rétraction.

Avant de faire un choix parmi ces différents procédés, voyons le traitement des fistules ayant leur siège au niveau du masséter, la partie antérieure du canal étant oblitérée.

Dans ce cas, pour créer le canal artificiel on est obligé de contourner le muscle masséter, car Goutavox rapporte qu'ayant percé la joue de dehors en dedans, pour procurer une route artificielle à la salive, le séton qu'il plaça dans ce nouveau conduit, gênait beaucoup le malade qui ne pouvait remuer la mâchoire qu'avec des douleurs assez vives parce que le séton passait à travers le muscle masséter. Il fallut avoir recours à une seconde ponction faite plus obliquement suivant la direction du canal.

Dans l'observation suivante, M. Trélat nous indique comment il faut traiter ce genre de fistule.

Obs. IX (1).—Estéoule (Eugène), 31 ans, boulanger, est entré le 27 janvier 1872, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean, n° 13, et en est sorti le 20 mars. Blessé à Issy en mai 1871, d'un éclat d'obus à la joue droite, il fut emmené sur les pontons. Pendant que la plaie se cicatrisa en juillet, le malade s'aperçoit de l'écoulement d'un liquide clair. A l'entrée du malade, la plaie est entièrement guérie; c'est une longue cicatrice un peu froncée, parallèle à l'os malaire et un peu oblique sur la direction du canal de Sténon. A la partie médiane de cette cicatrice, et juste au milieu du masséter, existe un très-petit orifice, presque imperceptible, d'où la salive coule en abondance pendant la mastication. Un petit stylet pénètre facilement par cet orifice dans le bout glandulaire, mais le bout buccal est imperméable, soit par la fistule, soit par la bouche. Pendant quelques jours, M. Trélat essaya la compression sur la fistule avec des rondelles superposées d'amadou. Aucune amélioration.

Le 6. Tentative du rétablissement d'un orifice buccal par le procédé de Deguise. La difficulté consistait ici dans la situation reculée de la fistule, placée à près de 2 centimètres en arrière du bord antérieur du masséter. Il fallait donc contourner ce bord pour pénétrer dans la bouche. M. Trélat introduit par la fistule, jusque dans la bouche, un trocart de 2 millimètres de diamètre; il y glissa un fil de fer et retira la canule. Le fil de fer a un bout dehors et un bout dans la bouche. Dans un second temps le trocart pique la muqueuse buccale à 6 ou 7 millimètres en avant du point par où on sort le fil de fer,

(1) Th. de Cadot, 1875 (obs. recueillie par M. Trélat).

est conduit difficilement autour du bord de masséter, et vient ressortir à côté du fil de fer dans la fistule. Le poinçon retiré, le chef externe du fil métallique est courbé et engagé dans la canule du trocart; il arrive dans la bouche. La canule du trocart est alors enlevée par la cavité buccale. On a, à ce moment, une anse de fil de fer dont les deux chefs, séparés par une petite épaisseur de parties molles de la joue, aboutissent tous deux dans la bouche, l'anse correspond juste à la fistule. Les deux chefs du fil sont introduits dans un serre-nœud et fortement serrés. Le serre-nœud maintenu dans la bouche est fixé à la commissure droite des lèvres. Douleur vive dans la journée : morphine. Le fil est serré deux fois par jour; néanmoins on arrive à couper les tissus. Le quatrième jour, le fil casse; mais la constriction a été assez forte pour que toutes les parties comprises dans l'anse soient mortifiées. L'eschare se détache le 12 février et laisse un large conduit artificiel allant de la fistule à l'intérieur de la bouche. Tous les deux jours on le maintient par l'introduction d'une tige de laminaria.

Le 20, opération autoplastique pour oblitérer la fistule, avivement des bords, petit lambeau rectangulaire, à bords un peu courbes, mobilisé par son bord postérieur.

Les sutures étaient enlevées et la guérison paraissait assurée, quand le malade est pris d'un érysipèle de la face (27 février).

10 mars. L'érysipèle était guéri. mais pendant ce temps, l'orifice buccal était rétréci; la cicatrice du lambeau avait cédé par un petit point, par où la salive s'écoulait de nouveau.

Le malade n'espérant plus de guérison voulut sortir

dès que la plaie de la joue fut guérie. Il quitta l'hôpital le 20 mars.

Dix-huit jours plus tard il revint à l'hôpital et nous raconta que, dès le lendemain de son départ, la salive avait cessé de couler par la joue, que l'écoulement n'avait jamais reparu et qu'il se considérait comme parfaitement guéri. Il n'y avait plus en effet aucun orifice appréciable sur la joue. Pendant la mastication, la face interne de la joue se couvrait de salive, mais il ne fut pas possible de rencontrer, en aucun point de la muqueuse, un orifice où le stylet put pénétrer. Il est vrai que le stylet était assez gros et que la recherche fut d'autant moins persistante que l'écoulement de la salive était incontestable.

Ce procédé, employé par M. Trélat, offre sur les procédés de Béclard et Gosselin de nombreux avantages. La section des tissus ne dure pas très-longtemps, et la plaie au lieu d'être saignante comme dans le procédé de M. Gosselin, est faite de manière à avoir peu de réaction inflammatoire et par conséquent moins de tendance à la réunion des parties. Enfin la tige de laminaria sert non seulement à décoller les bords de la plaie, mais aussi à dilater le canal artificiel.

Nous voyons donc que pour traiter les fistules du canal de Sténon, il est facile de guérir l'orifice externe de la fistule lorsqu'on a permis à la salive de se rendre facilement dans la bouche. Pour ce dernier point, si le canal de Sténon n'est que rétréci, il n'y a pas besoin d'opération sanglante; je suis persuadé que le traitement institué par Louis suffira dans la majorité des cas.

Si le canal est obstrué, comme il faut toujours faire

une opération, on aura recours au procédé de M. Trélat qu'on pourrait encore modifier.

Ainsi, si, au lieu d'employer le serre-nœud, on se servait de l'anse galvanocaustique, l'opération durerait moins longtemps, on aurait une perte de substance aussi grande; en un mot, on réunirait par ce moyen les avantages des procédés de MM. de Roy et Deguise.

Comme ce procédé n'a pas encore été employé, je laisse à mes maîtres le soin de juger s'il mérite de l'être.

CONCLUSIONS

Pour traiter les fistules de la parotide on doit toujours, au moyen d'une injection de lait, commencer par s'assurer de la perméabilité du canal de Sténon. Celui-ci étant perméable, il faut employer la compression associée soit à la cautérisation, soit aux injections irritantes, soit à la suture, soit à l'autoplastie, selon les différents cas, et presque toujours on obtiendra une prompte guérison.

Dans le traitement des fistules du canal de Sténon, il faut d'abord créer à la salive un passage suffisant pour se rendre dans la bouche. Si la partie antérieure du canal n'est que rétrécie, on la dilate au moyen de mèches qu'on passe tous les jours, comme nous l'a indiqué Louis. Si, au contraire, elle est complètement oblitérée, il faut créer une voie artificielle en se servant du procédé de M. Trélat.

On aura toujours bien soin de distinguer si l'ouverture externe de la fistule est en rapport avec le buccinateur ou le masséter, car dans ce dernier cas l'opération est plus difficile, on ne peut traverser ce muscle et l'on est obligé de le contourner.

Quant au traitement de l'ouverture externe de la fistule, le canal artificiel étant bien établi, il sera tout-à-fait semblable à celui des fistules de la parotide.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL.

Anatomie et histologie normales. — Appareil de la digestion.

Physiologie. — De l'effort.

Chimie. — Préparation et propriétés des sulfures de potassium, de calcium, de fer, d'antimoine (kermès) et de mercure.

Histoire naturelle. — Des inflorescences. Comment le divise-t-on ? Quelle est leur valeur pour la détermination des genres et des espèces.

Pathologie externe. — Des abcès du cou et de leur traitement.

Pathologie interne. — De l'hypertrophie du cœur.

Pathologie générale. — Du rôle des nerfs vaso-moteurs dans les maladies.

Pharmacologie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont les cantharides pour base.

Anatomie et histologie pathologiques. — De la phlébite.

Médecine opératoire. — De la suture de l'intestin.

Thérapeutique. — De la médication altérante et de ses principaux agents.

Hygiène. — De l'encombrement.

Médecine légale. — Rigidité cadavérique, phénomènes de la putréfaction modifiés suivant les milieux, le genre de mort, l'âge et diverses circonstances.

Accouchements. — De l'accouchement par le pelvis.

Vu : le Président de la Thèse,
TRELAT.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.